



Guía de Métodos Anticonceptivos



Concepción y Formación del Ser Humano I

1ra Edición – Abril 2022





Contenidos abordados en esta Guía de Salud Sexual




Introducción

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, y por lo tanto de la salud individual. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos.

Como ya vimos en el núcleo de Sexualidades, a pesar de las modificaciones que viene sufriendo nuestra sociedad respecto a la mayor conciencia que hay acerca de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, e igualdad de derechos entre las *diversas* identidades de género, aún encontramos diversas formas o estrategias de disciplinamiento de modelos de masculinidad y femineidad que se producen y reproducen principalmente en las instituciones.

En el dispositivo de control médico se disciplinan tanto la sexualidad como los cuerpos de las personas, y es así como, además de la asignación del sexo al nacer; los “controles de salud” que se realizan sobre los cuerpos de les niñes, estableciéndose estos como adecuados o no con respecto a su edad y sexo; la mutilación de sus genitales en les intersex; la violencia obstétrica; la presunción de la heterosexualidad en la consulta médica; también encontramos estas estrategias de disciplinamiento en hacer a las mujeres responsables de la anticoncepción y de los controles de salud de sus hijes y en obstaculizarles muchas veces el acceso a una interrupción legal y voluntaria del embarazo (IVE).

Es por eso que, a día de hoy, en el mes Abril de 2022 encontraremos que la mayoría de los métodos anticonceptivos recaen aún en la responsabilidad de las mujeres.

Esta Guía se propone ser una herramienta de utilidad para el conocimiento y comprensión de los métodos anticonceptivos de mayor utilidad en nuestro medio local, es decir, aquellos recursos de planificación familiar a que la mayoría de las identidades de género tienen acceso en el sistema de salud, ya sea éste del ámbito público como del privado.





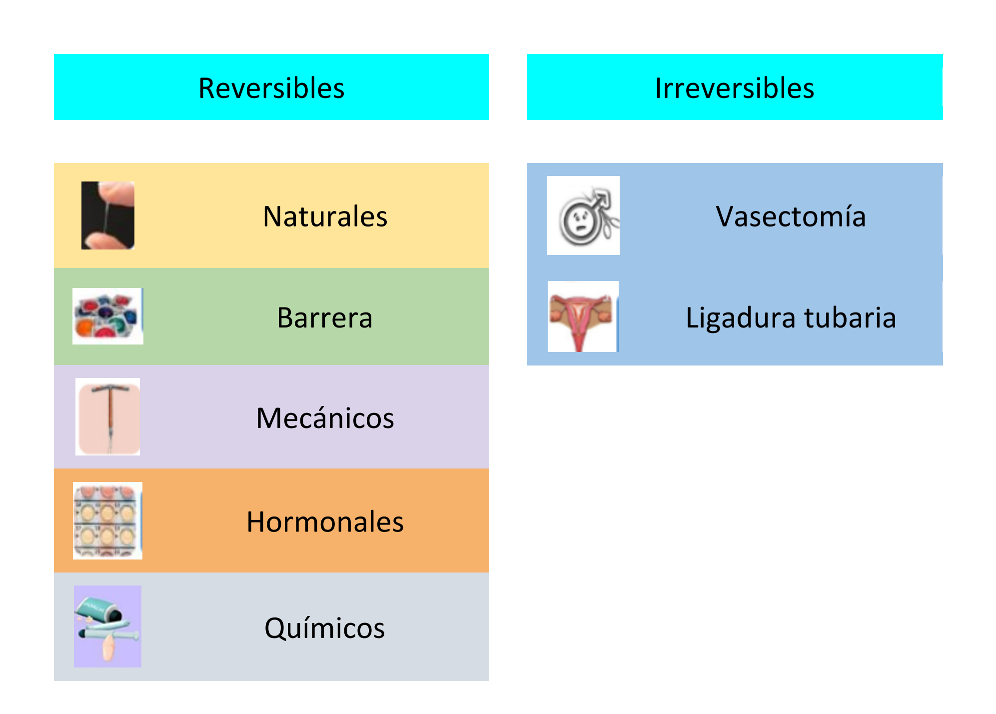
¿Qué son los Métodos Anticonceptivos (MAC)?

Se define a un método anticonceptivo como aquel capaz de evitar el encuentro entre el ovocito y los espermatozoides (la fecundación), y de esa manera, prevenir el



embarazo.

¿Cómo se clasifican los MAC?



a) REVERSIBLES

1- Naturales

Consisten en evitar tener relaciones sexuales durante el período fértil del ciclo.

Método de la Lactancia Amenorrea (MELA): Consiste en usar como método anticonceptivo durante los primeros seis meses de vida del bebé la lactancia exclusiva de la mujer, si también presenta amenorrea.

Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad (MBCF): método basado en el calendario (o del ritmo), método del moco cervical (o de Billings), método de la temperatura basal y método sintotérmico (combina la temperatura basal y el moco cervical).

2- Barrera

A través de un mecanismo físico, impiden el acceso de los espermatozoides evitando su unión con el óvulo.

- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Diafragma

3- Mecánicos

También considerados métodos intrauterinos. Son dispositivos flexibles que se colocan dentro de la cavidad uterina y actúan por mecanismos locales alterando el medio uterino haciéndolo desfavorable para la fecundación. Hay dos tipos:

- Dispositivo intrauterino con cobre (DIU Cu).
- Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG).

4- Hormonales

Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides.

Composición Hormonal	***Vía de Administración***	***Mecanismo de Acción***
COMBINADOS: Estrógeno + Progestágeno	Anticonceptivos combinados orales (ACO) Anticonceptivo combinado inyectable mensual (ACI) Anillos vaginales Parches dérmicos	Anovulación

Sólo Progestágeno	Oral (levonorgestrel)	Alteración del moco cervical
Sólo Progestágeno	Oral (desogestrel) Inyectable trimestral Implantes subdérmicos (AMPD)	Anovulación
Sólo Progestágeno	DIU con levonorgestrel	Alteración del moco cervical/ inhibición espermática
Sólo Progestágeno	Anticoncepción oral de emergencia (AHE)	Anovulación

5- Químicos
Actúan como espermicidas.

- Cremas, jaleas, tabletas y óvulos.
- Esponjas.

b) IRREVERSIBLES
1- Anticoncepción Quirúrgica:

- Ligadura de las Trompas de Falopio en la mujer.
- Vasectomía en el hombre.

Es importante destacar, dentro de la clasificación de los métodos anticonceptivos, la existencia de los **anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC)**. Son métodos reversibles que permiten prevenir un embarazo durante un periodo prolongado de tiempo sin depender de la usuaria.
Se incluyen dentro de estos métodos a los **dispositivos intrauterinos** (DIU con cobre y el SIU) y a los **implantes subdérmicos.**
Al no depender de la usuaria, los LARC son altamente eficaces y tienen mayor adherencia que otros métodos.

Consejerías integrales en Salud Sexual y Reproductiva

El modelo "tradicional" de atención en salud, se centra en lo biológico, es hegemónico y heteronormativo, donde la sexualidad no se concibe separada de la reproducción. En el modelo "tradicional" las personas tienen un rol pasivo, con poco o nulo poder de decisión.

La consejería en salud sexual y reproductiva es un aspecto del nuevo modelo de atención en salud. Se caracteriza por respetar la autonomía de las personas y por promover que sean ellas mismas quienes puedan tomar sus propias decisiones en lo que respecta a su sexualidad, el cuidado del cuerpo y la salud. Es decir, es un modelo que tiene en cuenta la subjetividad de la persona consultante y su entorno social.

La consejería es un espacio de encuentro que se genera entre el personal de salud y la persona que consulta, que debe llevarse a cabo en un ámbito cálido, privado y confidencial. La consejería tiene como objetivos el intercambio de saberes, la reflexión sobre temáticas como la sexualidad, informar sobre los derechos sexuales y reproductivos, acompañar en la toma de decisiones sobre la anticoncepción, el embarazo y el parto, así como también la interrupción voluntaria del embarazo y prácticas de autocuidado, favoreciendo en todo momento la autonomía de las personas.

Como profesionales de la salud es fundamental que la información que brindemos sea clara y adecuada, que podamos facilitarle a la persona la expresión de sus deseos, temores y dudas, que generemos un vínculo empático, que no hagamos juicios de valor sobre las opiniones o decisiones de la persona, que no demos por hecho su heterosexualidad, que asumamos siempre la capacidad de las personas y consideremos las desigualdades sociales y los condicionamientos de género.

¿Qué temáticas abordamos en las consejerías?

- El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Reflexiones en torno a las relaciones de género y posibilidades de elegir.
- Abordaje de la dimensión del placer.
- Ciclo menstrual.
- Anticoncepción.
- Recursos de cuidado para el ejercicio de una sexualidad libre y plena.
- Prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- Negociación del uso de preservativos como estrategia preventiva.
- Situaciones de vulnerabilidad de las personas en relación a sus vínculos.

¿Qué información se necesita conocer para elegir un MAC?

En el acompañamiento de la elección y la toma de decisiones es fundamental la información que brindemos las/los profesionales del equipo de salud. Para una

adecuada elección autónoma, en lo que se refiere a los métodos anticonceptivos, debemos tener en cuenta los ocho objetivos que se describen a continuación:

1. Compartir información de cómo funciona cada método.
2. Clarificar sobre la eficacia del método anticonceptivo.
3. Transmitir cuál es el uso correcto, ventajas y desventajas de cada método.
4. Dialogar sobre los efectos secundarios comunes que pueden aparecer.
5. Explicar sobre posibles riesgos para la salud inherentes al método elegido.
6. Dar pautas de alarma de cada método y cómo acceder a la consulta si es que se requiere.
7. Dar a conocer las posibilidades de retorno a la fertilidad una vez que se interrumpe el método.
8. Informar sobre cómo protegerse de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Eficacia de los MAC

La eficacia de los distintos métodos anticonceptivos se determina por el *Índice de Pearl*, que se mide por el número de embarazos por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método.

La ***eficacia anticonceptiva*** de los distintos métodos puede variar enormemente de una persona a otra debido a que, según la forma de administración del método, hay variaciones que son operador dependiente. La eficacia está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido.

La mayoría de las usuarias y usuarios tienden a hacer más efectivo el método a medida que adquieren mayor experiencia en su uso. Para medir la eficacia anticonceptiva se tienen en cuenta dos conceptos:

Uso habitual: gestaciones que se producen en todos los meses o ciclos con exposición, más allá de cómo se utilizó el método.

Uso correcto: gestaciones producidas con el uso perfecto del método.

A continuación se presentan algunos ejemplos:

Tabla 1. Eficacia anticonceptiva de los MAC

Método Anticonceptivo	*% de mujeres que se embarazan no intencionalmente durante el 1° año de uso del MAC*	
	USO HABITUAL	***USO CORRECTO Y CONSISTENTE***
Método basado en el el conocimiento de la fertilidad	24 %	0.4-5 %
Preservativo masculino	18 %	2 %
ACO y AOPS	9 %	0.3 %
DIU hormonal	0.2 %	0.2 %
DIU T con cobre	0.8 %	0.6%
Implante subdérmico	0.05 %	0.05 %
Inyectable trimestral AMPD	6 %	0.2 %
Vasectomía	0.15 %	0.1 %
Ligadura Tubaria	0.5 %	0.5 %
Diafragma	12 %	6 %
Métodos químicos	28 %	18 %
MELA	2 %	0.9 %

Criterios Médicos de Elegibilidad de los MAC

Los **Criterios Médicos de Elegibilidad** son una herramienta fundamental para orientar a la toma de decisiones (no son reglas estrictas) respecto a la seguridad del uso de los distintos métodos anticonceptivos de acuerdo a las condiciones médicas de cada usuario/a. Los criterios de elegibilidad tienen en consideración las condiciones de salud relevantes, las etapas de la vida que pueden afectar la elección del anticonceptivo e incluye los aspectos relacionados con los servicios necesarios para la atención en relación a ese uso. Estos criterios están avalados y publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y van en concordancia a la evidencia científica.

Existen 4 categorías o niveles de recomendación para el uso de los MAC de acuerdo a las condiciones médicas existentes, condiciones del aparato reproductor o aquellas

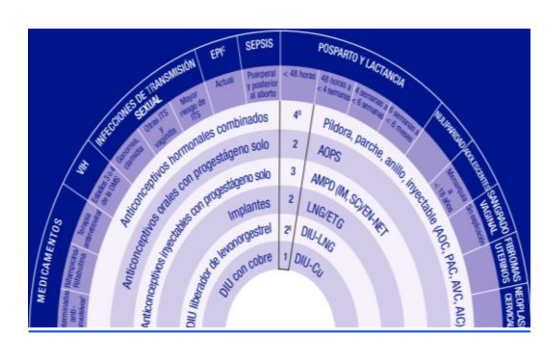
relacionadas con otras características personales como: edad, historia familiar, interacciones farmacológicas por tratamientos en curso, entre otros.

Tabla 2. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona

Categoría	*Condición*
1	Una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo. Por lo tanto, se puede usar el método en cualquier circunstancia.
2	Una condición en donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados. Por lo que la recomendación es que en general puede usarse el método.
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método. Por lo tanto, el uso del método generalmente **no se recomienda**, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisible si se utiliza el método anticonceptivo. Por lo tanto, **no debe usarse** el método.

En las **categorías 1 y 2** no se observan riesgos para la salud de la persona si usa ese método anticonceptivo. En el caso de las **categorías 3 y 4,** aunque con distinto grado de implicancia, es preferible utilizar otro método. Así mismo, las categorías 1 y 4 son recomendaciones claramente definidas. Para las categorías 2 y 3, puede requerirse un mayor criterio clínico y un mayor seguimiento.

Aquí les mostramos un disco interactivo de criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, propuesto por la OMS en su 5° Edición (2015).



¿Cómo usar este disco?

La rueda hace coincidir los métodos anticonceptivos, que se muestran en la rueda interna, con las características o condiciones médicas específicas que se muestran en el borde externo. Los números que se muestran en el espacio de visualización indican si la mujer que tiene esta característica o condición médica conocida puede comenzar a utilizar el método anticonceptivo.

Aspectos legales del uso y acceso a los MAC

- Es importante realizar la consejería acercando información adecuada, completa, clara y validada científicamente.
- La Ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable establece que es un derecho de todas las personas elegir el método anticonceptivo que quiera utilizar.
- De acuerdo con el Código Civil y Comercial (Artículos 26 y 59) y la resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación:

Los niños de hasta 13 años de edad, pueden brindar su consentimiento para el acceso a los MAC con asistencia de sus progenitores o representantes legales.

Los adolescentes entre 13 y 16 años, no necesitan el acompañamiento de sus padres o tutores para que les provean de métodos anticonceptivos. Pueden consentir de forma autónoma a acceder a cualquier práctica que no involucre un riesgo de vida.

Los mayores de 16 años ya cuentan con la autonomía para decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo.

- En el caso de la anticoncepción quirúrgica es necesario brindar información sobre el método y realizar un consentimiento informado. La Ley 26.130 establece la accesibilidad gratuita a la ligadura tubaria y a la vasectomía a todas las personas mayores de 16 años. No se requiere del consentimiento de la pareja ya que la persona goza de plena libertad individual para decidir sobre su propio cuerpo. Tampoco es necesario haber tenido hijos para acceder a estos métodos quirúrgicos.
- Es importante tener en cuenta que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que las personas sin discapacidad de elegir el método anticonceptivo que quiera utilizar.

El derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Un poco de historia

La historia del derecho a la interrupción del embarazo en Argentina comienza a escribirse en el año 1886 con la sanción del primer Código Penal, en el cual se penalizan todos los casos de aborto sin excepción alguna. Años más tarde, con la reforma del Código en 1921, se establecen los casos en los que no se debe penar la interrupción del embarazo: cuando se practica con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando se interrumpe un embarazo producto de una violación o de un atentado contra el pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.

Luego de muchos años de avances y retrocesos, recién en 1984, el gobierno democrático sanciona la Ley Nº 23.077, que retrotrae el marco legal al Código Penal de 1921 donde se restablecen los casos de no punibilidad vigentes actualmente. En el 2012, la Corte Suprema pronuncia el fallo “F.A.L” el cual resuelve que las mujeres violadas, previa declaración jurada, pueden interrumpir el embarazo sin autorización judicial previa ni temor a sufrir una posterior sanción penal, eximiendo de castigo al

médico que practique la intervención. En el 2015 el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE) desarrollado por el Ministerio de Salud de la Nación, retoma los lineamientos del fallo “F.A.L” y agrega consideraciones en cuanto al concepto de salud, incorporando los aspecto físicos, psíquicos y sociales y aclara que el peligro de la salud puede ser potencial. En el 2018, se trató en el congreso el proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Este tuvo aprobación en la cámara de diputados pero no en la cámara de senadores. Finalmente, en diciembre de 2020, se aprobó la Ley 27.610 de Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. La misma se promulgó en enero de 2021, estableciendo así el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, durante las primeras 14 semanas de gestación, para las personas con capacidad de gestar de manera igualitaria. Después de ese plazo, sólo se puede acceder a la práctica por las causales contempladas en las legislaciones previas.

¿Qué establece la Ley 27.610?

Por medio de esta ley, las personas con capacidad de gestar, tienen derecho a:

- Decidir la interrupción del embarazo.
- Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios de salud, así como la atención post-aborto.
- Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

¿Qué significa IVE vs ILE?

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hace referencia al derecho al aborto con la solicitud como único requisito (es decir, sin tener que dar motivos de su decisión), hasta la semana catorce 14, inclusive, de gestación.

La interrupción legal del embarazo (ILE) hace referencia al derecho al aborto a partir de las 15 semanas de gestación y en las siguientes situaciones:

a) Si el embarazo es producto de una violación.

b) Si está en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

¿Cuáles son los requisitos para acceder a la IVE?

La persona gestante debe encontrarse dentro de las 14 semanas inclusive de embarazo y firmar un consentimiento informado (por escrito), luego de haber recibido toda la información necesaria.

Todas las personas, con y sin discapacidad, tienen derecho a autorizar por sí mismas la práctica. En el caso de niñas/os (menores de 13 años) deben estar asistidas por una persona adulta (progenitores o tutores). En el caso de los/las adolescentes de entre 13 y 16 años, podrán acceder a la IVE siempre y cuando este procedimiento no implique un peligro grave para su salud o su vida, caso en el que deberá ser asistido/a por una

persona adulta. Los/as adolescentes mayores de 16 años podrán acceder de forma autónoma a la IVE.

Algunas Consideraciones…

- Los/as profesionales de la salud tienen derecho a ejercer la objeción de conciencia, es decir a no realizar la práctica de interrupción debido a convicciones personales. Sin embargo, tienen siempre la obligación de informar sobre el derecho a IVE/ILE y derivar de buena fe y en forma inmediata a otra/o profesional que garantice la práctica.
- Se establece como plazo máximo para garantizar el derecho sin incurrir en responsabilidad profesional, 10 días corridos desde la solicitud hasta acceder a la práctica.
- Actualmente, muchos profesionales de Mar del Plata forman parte de la Red Nacional de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Dicha Red trabaja mancomunadamente para garantizar el derecho de las personas a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas. De esta manera se asegura el rápido acceso de la persona que solicita la IVE al sistema de salud público. En el caso de gestaciones menores de 13 semanas, podrán acceder al procedimiento en forma ambulatoria en los centros de salud (CAPS). Cuando el embarazo es igual o mayor de 13 semanas, se deriva de forma inmediata a un centro de mayor complejidad, como el hospital materno infantil (HIEMI).

¿Qué debemos saber de los MAC?

A continuación, se describen los métodos más utilizados actualmente en el Sistema de Salud Público:

1. *Preservativo masculino*
2. *Dispositivos Intrauterinos: DIU de cobre y SIU con levonorgestrel*
3. *Anticonceptivos hormonales combinados (ACO)*
4. *Anticonceptivos Combinados Inyectables (ACI)*
5. *Píldora de sólo progestágeno tipo levonorgestrel (minipíldora de la lactancia) y desogestrel (AOPS)*
6. *Inyectable trimestral (AMPD)*
7. *Implante subdérmico*
8. *Anticoncepción Hormonal de emergencia (AHE)*
9. *Métodos quirúrgicos: Vasectomía y Ligadura tubaria o de trompas*

En la Tabla 4, se comparan sintéticamente todos estos métodos.

Cabe destacar que tal como se mencionó en la sección de clasificación, existen otros métodos anticonceptivos que se utilizan menos frecuentemente y, por ende, no ahondaremos en detalle en esta guía. Entre ellos se encuentran: preservativo

femenino, parche, diafragma con espermicidas, Método de la Lactancia - Amenorrea (MELA), Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer (que incluyen el método de la temperatura, del calendario y del moco cervical). Les dejamos información a disposición de aquellos estudiantes que optativamente quieran conocer un poco más sobre estos métodos: Guía práctica para profesionales de la salud- 2019-Ministerio de Salud de la Nación

1. Método de barrera: Preservativo masculino o peneano

Se lo conoce habitualmente como profiláctico o preservativo "masculino", pero puede ser utilizado por cualquier persona con pene, más allá de su identidad de género. Se trata de una funda de látex finita, elástica y lubricada que se coloca en el pene cuando está erecto, y se desenrolla hasta su base.

Este método junto con el preservativo femenino (que no se comercializa en Argentina) es el único método que protege contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Por ello y por su accesibilidad es el método de uso más frecuente en la población.

Debe considerarse que, si bien el riesgo de infección contra HIV, chlamydia y gonococo se reduce significativamente con el uso correcto del preservativo; el herpes, HPV y sífilis pueden transmitirse a través del contacto cutáneo con verrugas genitales u otras lesiones que no se encuentran cubiertas por el preservativo, como el escroto. En éstos casos se recomienda el uso de “campos de látex”.

El **campo de látex** se coloca entre la boca y la zona genital o anal con el fin de disminuir la transmisión de VIH y otras ITS durante el sexo oral. Se recomienda su uso en el sexo oral, tanto en el contacto boca-ano, boca-vulva o vagina. Se pueden fabricar barreras de látex cortando preservativos en sus extremos y luego en forma longitudinal. También se puede usar poliuretano transparente (el film para envolver alimentos) que es un producto común de la cocina. No tiene efectos secundarios.



El rol del equipo de salud es muy importante para trabajar aspectos relacionados con las prácticas de autocuidado en las relaciones sexuales y con evitar situaciones de vulnerabilidad. Es importante charlar sobre el concepto de “pareja estable” vs “sexo seguro” así como las estrategias de negociación con las parejas reacias a la colocación del preservativo. Por otro lado, es importante que el equipo de salud enfatice el uso de preservativo asociado a otro método, lo que se denomina **“doble protección''**.

Mecanismo de acción

El preservativo retiene el semen dentro de la funda de látex y así impide su depósito en la vagina y por ende, cualquier posibilidad de fecundación del ovocito. Evita además, el contacto de la mucosa genital con las secreciones vaginales, rectales, el semen y el fluido pre-seminal.

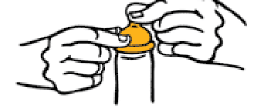
Administración del método

Modo de uso:

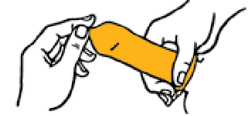
El preservativo es el único método efectivo para prevenir el VIH-sida, infecciones de transmisión sexual y evitar embarazos no deseados.



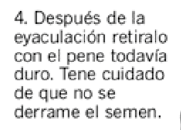
1. Revisá la fecha de vencimiento. Usalo desde el comienzo de la relación sexual. Abrí el sobre con cuidado para que no se rompa y no utilices elementos cortantes ni lo abras con los dientes.



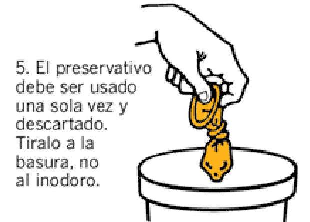
2. Apretale la punta para sacar el aire antes de apoyarlo en el pene duro, porque si queda inflada se puede romper durante la relación.



3. Mantené la punta apretada mientras lo desenrrollas hasta la base del pene. No uses vaselina, aceite o crema de manos. Eso estropea el preservativo. Usá lubricantes "al agua", que se venden en las farmacias.



4. Después de la eyaculación retiralo con el pene todavía duro. Tene cuidado de que no se derrame el semen.



5. El preservativo debe ser usado una sola vez y descartado. Tiralo a la basura, no al inodoro.

Uso correcto del preservativo masculino





El uso de lubricantes de base acuosa o "al agua" no disminuye la eficacia anticonceptiva ni preventiva del preservativo. Aunque sí disminuye la posibilidad de lesiones y rotura del preservativo en algunas prácticas sexuales. Deben evitarse los lubricantes oleosos como así también el uso de aceites, vaselina, lociones, cremas, mantecas, ya que pueden dañar el preservativo.

La consejería acerca de cómo utilizarlo correctamente es muy importante, ya que no debe darse por sentado que las personas conocen cómo hacerlo.

Eficacia anticonceptiva

Para sostener una buena eficacia anticonceptiva y preventiva de ITS, se requiere del uso correcto del preservativo en cada acto sexual.

Con el uso correcto: si se usa de manera constante y correcta, las tasas de embarazo son bajas, 2 embarazos cada 100 mujeres por año.

Con el uso habitual: 18 embarazos por cada 100 mujeres por año. Su efectividad para prevenir una infección de transmisión sexual ronda el 95% y como método anticonceptivo llega al 97%, cuando se usa correctamente.

¿Cómo proceder en caso de rotura o uso inadecuado?

Es importante tener en cuenta que la rotura reiterada, el uso inadecuado o el no usarlo, pueden ser indicadores de violencia sexual o bien de desconocimiento del uso correcto. En todos estos casos es necesario contemplar:
- Si la persona con capacidad de gestar no está recibiendo otro anticonceptivo, indicarle la toma de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) cuanto antes. Recordar que la efectividad de la AHE es mayor cuanto más cerca se tome de la relación sexual sin protección.
- El uso de Profilaxis Post Exposición para VIH, y la profilaxis para otras ITS.

Quién puede y quién no puede utilizar este método

Todas las personas que mantienen relaciones sexuales pueden usar el preservativo. Sin embargo, en personas con disfunción eréctil su uso es más dificultoso.
En el único caso en que debe evitarse su uso, es en personas con alergia al látex natural de caucho (categoría 3 de los Criterios médicos de elegibilidad; véase en el disco interactivo). Para éstas personas, una opción posible son los preservativos de látex sintético o libres de látex.

Ventajas
- Es el único método que protege contra el VIH y otras ITS.
- Es gratuito y se encuentra disponible en todos los centros de salud y hospitales públicos del país. No necesita prescripción médica.
- No afecta la fertilidad de las personas.

Desventajas
- Este método requiere de una alta motivación para su uso correcto y para sostener la adherencia.
- Podría generar leve irritación vaginal, peneana o en la zona, durante o luego de su uso, aunque éstos efectos no son frecuentes.

2. Dispositivos intrauterinos

Se trata de una pequeña estructura de plástico flexible que se ubica dentro de la cavidad uterina. Actualmente hay 2 tipos en uso:

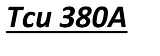
- El dispositivo intrauterino con cobre (DIU Cu).
- El dispositivo intrauterino con progestágeno (levonorgestrel), también llamado sistema de liberación intrauterino (SIU).

2.1. DIU con cobre

La mayoría de los DIU consisten en una estructura de plástico, con un vástago vertical que es rodeado por el hilo de cobre y una o dos ramas horizontales (que en algunos modelos también se le agregan los anillos de cobre). Toda esta estructura va inserta

dentro de la cavidad uterina. El otro extremo del vástago lleva anudados uno o dos hilos. Estos hilos atraviesan el canal cervical, asoman por el orificio cervical externo y servirán como guías del DIU, para el seguimiento periódico y para su extracción.

Modelos de DIU de cobre disponibles en el Sistema de Salud Público:



Multiload

Mecanismo de acción

La acción de los DIU de cobre, los más utilizados actualmente, se ejerce a través de múltiples mecanismos. Algunas investigaciones postulan cambios en el moco cervical e inhibición de la motilidad espermática, afectando la capacitación y activación de los espermatozoides, procesos fundamentales para que el espermatozoide adquiera capacidad fecundante. Otras investigaciones postulan un efecto espermicida tanto a nivel del moco cervical como a nivel del endometrio (reacción inflamatoria estéril local por la presencia de un cuerpo extraño como el DIU).

Administración del método

Momento de inserción

En la mayoría de las personas con capacidad de gestar puede colocarse el DIU en cualquier momento, si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Debe ser colocado por un/a profesional de la salud adecuadamente entrenado/a para hacerlo.

Requisitos previos a la inserción del DIU

- Realizar consejería para dar información sobre el método e identificar posibles contraindicaciones.
- Descartar la posibilidad de embarazo actual.
- Descartar una posible infección vaginal o del cuello del útero. También debe determinarse el tamaño y la posición del útero.

No se requiere que la persona usuaria firme un consentimiento informado (esto incluye también a adolescentes mayores de 13 años, quienes pueden acceder al uso del DIU de manera autónoma). No es necesaria la profilaxis antibiótica previa a su colocación.

Control post inserción

El control del DIU es clínico: se realiza mediante una especuloscopia (inserción de un espéculo en la vagina) para observar los hilos y detectar si existe algún proceso infeccioso. Si en este examen no se observan irregularidades (como hilos del DIU ausentes, o que presenten un largo mayor al que se dejó al cortarlos en la inserción o que la persona usuaria refiera sangrado o dolor persistente), no es necesario realizar una ecografía.
Controles sugeridos: el 1ro, a los 7 días de la colocación; el 2do, después de la menstruación siguiente a la inserción; el 3ro, a los 6 meses de su colocación y luego, una vez por año.

¿Cuándo puede extraerse el DIU?

La extracción del DIU puede hacerse al final de la vida útil del DIU o a pedido de la persona usuaria por el motivo que desee. Se puede retirar en cualquier momento del ciclo.

Eficacia anticonceptiva

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. El riesgo de embarazo es muy similar entre el uso habitual y el uso correcto, ya que una vez colocado no depende prácticamente de la persona usuaria.
Con el uso correcto: menos de 1 embarazo cada 100 mujeres por año de uso (6 embarazos cada 1.000 mujeres).
Con el uso habitual: menos de 1 embarazo cada 100 mujeres por año de uso (8 embarazos cada 1.000 mujeres).
Duración del efecto anticonceptivo: el DIU es un método anticonceptivo de acción prolongada, la cual está ligada a la carga de cobre. En este sentido, los DIU que tienen menos de 300 mm de cobre tienen una duración aproximada de 3 años. En cambio, el modelo T Cu 380 y el Multiload pueden usarse hasta 10 años.

Quién puede y quién no puede utilizar este método

La mayoría de las personas con útero pueden utilizar DIU, incluso, en situaciones en las que no pueden usarse otros anticonceptivos (hipertensión, tabaquismo, lactancia, migraña, trombosis), independientemente de la edad y el peso.

Se mencionan algunas particularidades a tener en cuenta:

Dado que el DIU puede producir un aumento del sangrado menstrual, en aquellas personas que habitualmente tienen menstruaciones muy abundantes o tienen anemia, el DIU con cobre es considerado categoría 2 por la Organización Mundial de la Salud. En estas situaciones el SIU con levonorgestrel es una opción recomendable (ver sección 2.2 de esta guía).
El DIU puede ser indicado en forma segura a adolescentes, aunque es importante tener en cuenta que, la posibilidad de expulsión y extracción por sangrado o dolor es mayor en las personas menores de 20 años. Es fundamental reforzar la importancia del

uso del preservativo, única forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), e incentivar la doble protección (DIU + preservativo).
El hecho de no tener hijos no es una contraindicación para usar DIU.
Los criterios de elegibilidad de este método se pueden consultar en el disco interactivo

Ventajas
- Alta efectividad anticonceptiva.
- Método reversible en forma inmediata.
- Anticoncepción duradera (LARC).
- No necesita motivación para su uso, método desvinculado del coito.
- No interacciona con medicaciones.

Desventajas

- Efectos adversos frecuentes: mayor sangrado menstrual, goteo intermenstrual y dolor durante la menstruación.
- Riesgo infrecuente de: expulsión y perforación uterina durante la colocación.
- Contraindicaciones orgánicas, determinadas por la anatomía.
- No protege contra ITS.
- Requiere intervención profesional para su colocación y extracción

2.2. SIU con levonorgestrel



Este dispositivo presenta forma de T y se coloca en el interior del útero (similar a un DIU en forma de T de cobre), pero a diferencia de éste, libera Levonorgestrel, en forma constante, durante un período de 5 años.

Mecanismo de acción

El levonorgestrel liberado por el SIU produce cambios en el moco cervical que impiden el ascenso de los espermatozoides. Además, la alteración en la proliferación del endometrio, evita que los espermatozoides sufran los procesos necesarios para fecundar al ovocito. La reducción gradual del grosor del endometrio, hace que pase de un estado funcional a un estado de reposo, resistente a la estimulación estrogénica. Como resultado, ocurre la disminución gradual de la pérdida sanguínea menstrual.

Administración del método

Momento de inserción

Coinciden con los descritos para el DIU de cobre.

Requisitos previos a la inserción

A los mencionados para el DIU de cobre, se suma la recomendación de tomar la presión arterial, por tratarse de un método con hormonas (Levonorgestrel).

Control post-inserción

Coinciden con los descritos para DIU de cobre.

¿Cuándo puede extraerse el SIU?

Los momentos de extracción coinciden con los descritos para DIU de cobre, inclusive las recomendaciones para evitar un embarazo.

Eficacia anticonceptiva

Presenta una elevada eficacia, con un uso habitual muy similar al correcto (0,2 embarazos cada 100 mujeres/ año). Esto se debe en gran parte a que su eficacia no depende prácticamente de la persona usuaria. El efecto anticonceptivo dura 5 años.

Quién puede y quién no puede utilizar este método

En general, la mayoría de las personas con útero pueden utilizar el SIU con levonorgestrel como método anticonceptivo en forma segura.

Consultar los criterios de elegibilidad de éste método utilizando el disco interactivo.

Ventajas

Además de los descritos para el DIU de cobre, se describen:
- Menor riesgo de embarazo ectópico.
- Disminución del sangrado menstrual y por lo tanto del riesgo de anemia.
- Disminución de los dolores menstruales (por reducción del sangrado menstrual).
- Cambios en el moco cervical que reducen el riesgo de EPI (se dificulta el ascenso de los microorganismos).
- Menor riesgo de cáncer de endometrio.

Desventajas

- Similares a los descritos para el DIU de cobre, a excepción del aumento en el sangrado menstrual.
- Efectos poco frecuentes: tensión mamaria, mareos, cefalea y la aparición de quistes foliculares post colocación (son asintomáticos y se reabsorben espontáneamente).

3. Anticonceptivos hormonales combinados (ACO)



Los anticonceptivos hormonales combinados orales son aquellos que están compuestos por hormonas que derivan tanto de los estrógenos como de la progesterona (progestágenos o gestágenos). Existen varias formulaciones de este tipo de anticonceptivos que varían de acuerdo a la combinación de los compuestos activos hormonales y sus dosis. El etinilestradiol (EE), es el derivado estrogénico que se

encuentra en la mayoría de las formulaciones existentes y se utiliza comúnmente en bajas dosis (35, 30, 20 ó 15 ug). El EE se encuentra siempre asociado a alguno de los siguientes progestágenos: Norgestrel, Levonorgestrel, Desogestrel, Gestodeno, Drospirenona, entre otros.

En esta sección trataremos en particular los ***ACO monofásicos***, es decir, todos los comprimidos (activos o con hormonas), presentan la misma dosis de estrógeno y progesterona. Estos son los que se utilizan con mayor frecuencia.

Cabe mencionar que también existen los ACO trifásicos. En este caso, los comprimidos tienen tres combinaciones diferentes de cantidad de hormonas (identificados por distintos colores), así como también existen los combinados multifásicos, en los que las dosis de estrógenos son decrecientes mientras que las del progestágeno, son crecientes.

Los ACO monofásicos se pueden encontrar en las siguientes presentaciones:
- Envase de 21 comprimidos activos, es decir, todos los comprimidos contienen hormonas, en la misma dosis.
- Envase de 28 comprimidos, el cual puede contener 21 comprimidos activos y 7 comprimidos inactivos (sin hormonas).
- Envase de 28 comprimidos, el cual puede contener 24 comprimidos activos y 4 comprimidos inactivos (sin hormonas).

Mecanismo de acción

Los ACO se caracterizan por inhibir el eje hormonal hipotálamo-hipófisis-gonadal y por lo tanto la ovulación. ¿Cómo sucede esta acción? El componente estrogénico inhibe la secreción de la hormona folículo estimulante (FSH), y el componente progestacional inhibe el pico de la hormona luteinizante (LH). Como consecuencia, no hay maduración folicular (los folículos se atresian), se inhibe la ovulación y por ende la formación del cuerpo lúteo.

Administración del método, inicio de la toma e inicio del efecto anticonceptivo

Al igual que para cualquier otro método anticonceptivo es requisito indispensable realizar consejería e historia clínica antes de iniciar con el método. Para los métodos hormonales, como los ACO, es recomendable además realizar la toma de la presión arterial.

Dada la regularidad en la toma de los comprimidos para este método es recomendable que, durante la consejería, se mencionen estrategias para recordar la toma de acuerdo a los hábitos, rutinas y autonomía de la persona. Se recomienda iniciar el método el primer día del ciclo (día 1 de la menstruación), de ésta manera las pastillas son efectivas desde el primer día de toma. Si se comienza otro día del ciclo o ante la ausencia de menstruación se recomienda, primero, asegurarse que no haya embarazo. En éste último caso, se deberá usar preservativo (método de barrera) por una semana (7 días consecutivos), que es lo que tarda el método en lograr la eficacia anticonceptiva (cuando no se comienza en el 1er día de menstruación).

El modo de administración varía de acuerdo al tipo de presentación de comprimidos que se esté usando. Para cualquiera de los casos, se debe tomar un comprimido diario, tratando de que sea siempre en el mismo horario.

- *Envase de 21 comprimidos:* Al finalizar la toma diaria de los 21 comprimidos, siempre al mismo horario, por los siguientes 7 días no hay que realizar ninguna toma. Es importante mencionar que, en esta semana sin toma, está garantizado el efecto anticonceptivo, siempre que la toma de los comprimidos activos anteriores se haya realizado correctamente. El sangrado aparecerá durante la semana que no se toman comprimidos o durante el inicio del siguiente blíster (envase). Al octavo día, se inicia nuevamente la toma de los comprimidos de un nuevo blíster.

- *Envase de 28 comprimidos (24+4 ó 21+7):* Se debe iniciar con la toma diaria de los comprimidos activos (con hormonas, 24 o 21 tomas de acuerdo a la presentación), siempre en el mismo horario y luego, seguir con los comprimidos sin hormonas (4 o 7 tomas de acuerdo a la presentación, generalmente pastillas de otro color). Durante la toma de estos comprimidos inactivos el efecto anticonceptivo está garantizado, siempre que la toma de los comprimidos activos se haya realizado correctamente. Una vez terminado el envase se debe reiniciar uno nuevo al día siguiente. El sangrado aparece durante la semana en la que se toman los comprimidos inactivos o durante el inicio del siguiente blíster.

Margen de seguridad anticonceptiva

El margen de seguridad de los ACO combinados es de 24 hs. El riesgo de embarazo aumenta con el número de pastillas olvidadas, siendo mayor en la primera semana.

¿Qué hacer frente al olvido de uno o más comprimidos?

- Si ocurriese el olvido de 1 ÚNICO comprimido activo (con hormonas), se debe: tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual, aunque esto signifique tomar dos comprimidos juntos. La eficacia anticonceptiva no se altera, y no se necesita usar un método de respaldo.

- Si ocurriese el olvido de 2 COMPRIMIDOS activos o más: la eficacia anticonceptiva puede estar disminuida y puede no inhibir adecuadamente la ovulación. En este caso, deberá considerarse en qué semana fue el olvido y seguir la conducta que se describe en la Tabla 3.

En todos los casos de olvido de pastillas activas, tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque esto implique tomar dos pastillas juntas el mismo día o al mismo tiempo, y continuar tomando las siguientes pastillas en el horario habitual. Esta conducta reducirá la posibilidad de aparición de pequeños sangrados por motivo del olvido.

Ante la presencia de diarrea o vómitos, es importante tener en cuenta algunos cuidados extra para seguir garantizando la efectividad del método. Si el vómito se produce dentro de las primeras 4 hs posteriores a la toma de una píldora activa, debe tomarse otra pastilla lo antes posible y luego continuar con la toma diaria (en este caso, se terminará el envase un día antes de lo previsto, y se iniciará un nuevo envase al día siguiente). En caso de diarrea, usar un método adicional (preservativo) durante los siguientes 7 días. Si los vómitos o la diarrea son intensos y continúan durante dos o más días, la persona debe seguir los procedimientos para casos de olvido de la toma de 2 o más comprimidos (Tabla 3).

Tabla 3. Conducta frente al olvido de 2 comprimidos o más

Semana en que se produjo el olvido		*Conductas necesarias de realizar*
1° semana	Tuvo relaciones sin otra protección en los últimos 5 a 7 días	● Usar **AHE.** ● Tomar el comprimido olvidado lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual. ● Usar preservativo por 7 días.
	No tuvo relaciones sin otra protección en los últimos 5 a 7 días	● Tomar el comprimido olvidado lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual. ● Usar preservativo por 7 días.
2° semana		● Tomar el comprimido olvidado lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual. ● Usar preservativo por 7 días.
3° semana	Para envases con 21 comprimidos	● Tomar el comprimido olvidado lo antes posible . ● Iniciar un nuevo envase al día siguiente. No se producirá el sangrado en la fecha esperada, pero puede aparecer manchado o sangrado en el transcurso de la toma del segundo envase. ● Usar preservativo por 7 días.
	Para envases con 28 comprimidos	● Tomar el comprimido olvidado lo antes posible. ● No tomar los comprimidos inactivos e iniciar otro envase al día siguiente. ● Usar preservativo por 7 días.
4° semana	Para envases con 28 comprimidos	No hay ningún problema porque son comprimidos inactivos; de todos modos es conveniente tomar la pastilla olvidada junto a la del día siguiente para no perder la rutina de la toma.

Eficacia anticonceptiva

Los ACO se caracterizan por ser un método de alta eficacia, si se toma de forma correcta (véase Tabla 1). Cuando no se cometen errores al tomar la pastilla (uso correcto del método), hay menos de 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan ACO en el correr del primer año (3 por 1.000 personas).

Quién puede y quién no puede utilizar este método

Como regla general, cualquier persona con capacidad de gestar sana y joven, o mayor de 35 años no fumadora, puede tomar anticonceptivos orales combinados.

Sin embargo, vale la pena comentar que existen situaciones en las que no se recomienda este método como primera elección (véase Sección Criterios Médicos de Elegibilidad de los MAC y disco interactivo para conocer los específicos a éste método) o que está contraindicado.

Ventajas

- Método reversible y la fertilidad se recupera de inmediato cuando se suspende su toma.
- Ayudan a proteger: Cáncer de endometrio, de ovario y de colon. Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Pueden ayudar a proteger: Quistes ováricos y anemia ferropénica.
- Reducen: Síndrome pre menstrual y dolores menstruales. Problemas del sangrado menstrual. Vello excesivo. Síntomas de síndrome de ovario poliquístico (sangrado irregular, acné, vello excesivo en rostro o cuerpo). Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular).

Desventajas

- Implica tener una buena conducta y rigurosidad en la toma diaria.
- Implica conocer cómo proceder ante el olvido de una toma y cómo manejar los efectos indeseables.
- Dado su mecanismo de acción, y no ser un método de barrera, no protege contra las ITS.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios más frecuentes son los cambios en el patrón de sangrado menstrual, volviéndose generalmente escaso en cantidad y de duración breve, aunque es muy variable de acuerdo a cada cuerpo. Además, durante los primeros meses de uso del método puede haber un leve sangrado irregular (spotting). Otros efectos pueden ser, cefaleas, mareos, náuseas, dolor mamario (mastalgia), entre otros. Es importante informar a la usuaria sobre la posibilidad de aparición de los efectos secundarios o indeseables, como manejarlos y destacar que suelen disminuir o remitir en los primeros meses de uso del método.

4. Anticonceptivos Combinados Inyectables (ACI)

Son anovulatorios y de aplicación mensual. Al igual que las ACO, son un método seguro, eficaz y reversible.

Hay varias combinaciones, pero las más usadas en la actualidad y las que desarrollaremos es ésta guía, combinan un estrógeno de acción breve y un progestágeno de acción prolongada.



Hay dos presentaciones:

- Valerato de estradiol 5 mg + Enantato de noretisterona 50 mg (Mesigyna® - Ginediol®).
- Cipionato de estradiol 5 mg + Acetato de medroxiprogesterona 25 mg (Cyclofem®).

<u>Mecanismo de Acción</u>

Son anovulatorios.

<u>Administración del Método, Inicio de la aplicación e inicio del efecto anticonceptivo</u>

Los requisitos para comenzar a utilizar éste método son los mismos que para los ACO.

Se recomienda iniciar el método el primer día del ciclo (día 1 de la menstruación), de ésta manera el ACI es efectivo desde el primer día de su aplicación. Si se comienza otro día del ciclo o ante la ausencia de menstruación se recomienda, primero, asegurarse que no haya embarazo. En éste último caso, se deberá usar preservativo (método de barrera) por una semana (7 días consecutivos), que es lo que tarda el método en lograr la eficacia anticonceptiva (cuando no se comienza en el 1er día de menstruación). Las siguientes aplicaciones se realizan cada 30 días, es decir, la misma fecha calendario de esa primera aplicación y no cuando se produce el sangrado. El sangrado suele presentarse entre 15 y 20 días posteriores a la aplicación.

<u>Margen de seguridad anticonceptiva</u>

Si bien la inyección tiene un margen de seguridad de hasta 7 días antes o después de la fecha en que debía aplicarse, se recomienda para un mayor cuidado, respetar un margen de hasta 3 días antes o después de la fecha en que debía aplicarse.

¿<u>Qué hacer frente al olvido en la aplicación</u>?

Si la aplicación se demora más de 7 días de la fecha correspondiente, deberá usarse un método de barrera (preservativo) por una semana. En el caso de mantener relaciones sexuales sin un método de protección y pasados los 7 días del margen de seguridad, se recomienda administrar la AHE.

Eficacia

Son muy eficaces.

Con el uso correcto: cuando las inyecciones se aplican en fecha, hay menos de 1 embarazo cada 100 personas que utilizan ACI en el correr del primer año (5 por 10.000 mujeres).

Con el uso habitual: se producen cerca de 3 embarazos cada 100 personas que utilizan ACI en el correr del primer año, o sea tiene un 97% de eficacia.

Quién puede y quién no puede utilizar este método

Puede ser utilizado por las mismas personas que pueden recibir ACO de manera segura, es decir, cualquier persona sana, o mayor de 35 años no fumadora. Para conocer los criterios de elegibilidad de este método, véase el disco interactivo.

Ventajas

- Puede resultar un método cómodo para aquellas usuarias que no pueden sostener la toma diaria de comprimidos.
- No "deja rastros", es decir, nadie se da cuenta de que está utilizando un método.
- Luego de suspender la aplicación de los ACI, la fertilidad se recupera de inmediato.

Desventajas

- No protege contra ITS.

Efectos Secundarios

Los mismos que fueron descritos para los ACO.

5. Anticonceptivos orales de sólo progestágenos (AOPS)

Los anticonceptivos orales de sólo progestágeno (AOPS) pueden ser anovulatorios o no anovulatorios de acuerdo a su componente activo (se desarrollan los de uso más frecuente):

• Levonorgestrel 0,03 mg, envase o blíster por 28 o 35 comprimidos activos (minipíldora o pastilla de la lactancia), NO es anovulatorio.

• Desogestrel 0,075 mg, envase por 28 comprimidos activos. Es anovulatorio.

Mecanismo de acción

Todos los AOPS actúan produciendo un espesamiento del moco cervical, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina.

En el caso de la Minipíldora (levonorgestrel), al ser un método anticonceptivo no anovulatorio se recomienda en general para el periodo de lactancia exclusiva hasta que el/la bebé cumpla 6 meses de vida y/o retorne la menstruación.

En el caso del Desogestrel, el principal mecanismo de acción es la anovulación y además, produce en forma secundaria, el espesamiento del moco cervical.

Administración del método e inicio del efecto anticonceptivo

Al igual que para cualquier otro método anticonceptivo es requisito indispensable realizar consejería e historia clínica antes de iniciar con el método. Para los métodos hormonales, como los AOPS, es recomendable además realizar la toma de la presión arterial.

Se recomienda iniciar el método el primer día del ciclo (día 1 de la menstruación), de ésta manera las pastillas son efectivas desde el primer día de toma. Si se comienza otro día del ciclo o ante la ausencia de menstruación se recomienda, primero, asegurarse que no haya embarazo. En éste último caso, se deberá usar preservativo (método de barrera) por 7 días en el caso del Desogestrel y durante 2 días en el caso de la Minipíldora.

El modo de administración de este método es similar a la de los ACO, consistiendo en tomar una pastilla todos los días a la misma hora. Al terminar un envase, sea de 28 o 35 comprimidos, se inicia la toma de un nuevo blíster al día siguiente. No debe haber descanso entre el final de un envase y el inicio del siguiente. Los envases presentan todas las pastillas del mismo color, son todas activas y contienen la misma dosis hormonal.

Margen de seguridad anticonceptiva

El margen de seguridad que garantiza la eficacia anticonceptiva de la Minipíldora (levonorgestrel) es de 3 horas mientras que en el Desogestrel, es de 12 horas.

¿Qué hacer frente al olvido de un comprimido?

En el caso de la **Minipíldora (levonorgestrel)**, tener en cuenta que el mecanismo de acción es el espesamiento del moco cervical, efecto que dura aproximadamente 27 horas después de la toma, por lo tanto, si se toma la pastilla 3 horas más tarde del horario en que se tenía que tomar su eficacia puede disminuir. En el caso del **Desogestrel**, su principal mecanismo de acción es la anovulación, teniendo 12 hs de margen de seguridad.

Frente al olvido de un comprimido, debe considerarse:

• Si pasaron **menos de 3 horas** *(Levonorgestrel)* o **menos de 12 horas** *(Desogestrel)* del horario habitual de la toma: tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual (aunque esto implique tomar dos pastillas juntas el mismo día o al mismo tiempo). La eficacia anticonceptiva no se altera, y no necesita usar un método de respaldo.

• Si pasaron **3 o más horas** *(Levonorgestrel)* o **12 o más horas** *(Desogestrel)*: tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual (aunque esto implique tomar dos pastillas juntas el mismo día o al mismo tiempo). Utilizar, además, un método de barrera por 48 horas (2 días) en el caso del Levonorgestrel o 7 días, en el caso del Desogestrel. Considerar la toma de AHE si tuvo relaciones sexuales sin otra protección durante este período.

En el caso de presentar vómitos dentro de las 4 horas posteriores a la toma, debe tomarse otra pastilla lo antes posible, y luego continuar con la toma diaria. En este caso, se terminará el envase un día antes de lo previsto, y se debe iniciar el próximo envase al día siguiente. Si los vómitos continúan por más de 24 hs, si es posible, continuar tomando la pastilla y proceder como si hubiera presentado un olvido.
En el caso de presentar diarrea, usar un método adicional (preservativo) durante los síntomas y durante los siguientes 7 días en el caso de toma de Desogestrel y, 2 días en el caso de Minipíldora.

Eficacia anticonceptiva

Los AOPS tienen alta eficacia si se toman de manera correcta. Véase Tabla 1
En el caso del Desogestrel, al producir anovulación, y brindar un amplio margen de seguridad (12 horas), presenta una eficacia anticonceptiva muy alta tanto durante la lactancia como fuera de ella.
En el caso de la Minipíldora, si se toma durante la lactancia exclusiva, la suma de su efecto sobre el moco con la anovulación producida por inhibición del eje hormonal (por la lactancia exclusiva - MELA) genera una anticoncepción altamente efectiva. Es importante recordar las condiciones para el cumplimiento del MELA (se deben cumplir TODAS las condiciones):

• Lactancia exclusiva, a libre demanda, de día y de noche.
• Amenorrea (ausencia de menstruación).
• Hasta los primeros 6 meses post parto.

Con el uso correcto: cuando no se cometen errores al tomar la pastilla, hay menos de 1 embarazo cada 100 personas que utilizan AOPS en el correr del primer año (3 por 1.000 personas).
Con el uso habitual: se producen cerca de 9 embarazos cada 100 mujeres que utilizan AOPS en el correr del primer año.

Quién puede y quién no puede utilizar este método

Una de las ventajas de los AOPS, es que existen situaciones específicas en las que pueden usarse (categorías 1 y 2 de los Criterios médicos de elegibilidad) mientras que para estos casos los anticonceptivos combinados no podrían utilizarse por ser categorías 3 y 4. (véase disco interactivo en Sección Criterios Médicos de Elegibilidad de los MAC).

Ventajas

- Al suspender la toma se recupera rápidamente la fertilidad.
-Indicado preferentemente en personas que amamantan y/o que tienen contraindicado el uso de estrógenos.

Desventajas

- No protege contra ITS.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios más frecuentes son los cambios en el patrón de sangrado menstrual, volviéndose generalmente escaso en cantidad y de duración breve, e incluso amenorrea. Otros efectos pueden ser, cefaleas, mareos, náuseas, dolor mamario (mastalgia), entre otros. Es importante informar a la usuaria sobre la posibilidad de aparición de los efectos secundarios, como manejarlos y destacar que suelen disminuir o remitir en los primeros meses de uso del método.

6. Inyectable trimestral: acetato de medroxiprogesterona de depósito

El anticonceptivo inyectable trimestral de Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD) actúa por anovulación. Existe una sola presentación:

• Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD) 150 mg (Depo-Provera®).

Mecanismo de acción

Inhibe la ovulación.

Administración del método, inicio de la toma y del efecto anticonceptivo

Como otros métodos hormonales, son requisitos previos para utilizar AMPD la apertura de la historia clínica, realizar consejería y toma de la presión arterial.

Se recomienda iniciar con el método durante los primeros 7 días del ciclo menstrual, en este caso no se necesita usar ningún método de respaldo. Si la primera inyección se aplica en cualquier otro momento del ciclo o en ausencia de menstruación, podrá aplicarse siempre y cuando se descarte previamente un posible embarazo. En este último caso se debe usar un método de respaldo (preservativo) por una semana.
La AMPD se administra mediante una inyección intramuscular de aplicación trimestral (cada 90 días o 3 meses) en la misma fecha calendario, de esa primera aplicación.

Margen de seguridad

La inyección puede darse hasta con 2 semanas de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse, manteniendo la eficacia anticonceptiva. Luego deberán contarse tres meses (90 días) desde la fecha de esta aplicación para determinar la siguiente.

¿Qué hacer frente al olvido en la aplicación?

Si la persona se retrasa más de 4 semanas, además de usar preservativo por una semana, deberá proceder como si iniciara nuevamente el método.

Eficacia anticonceptiva

La eficacia depende de que la inyección se reciba con regularidad. En caso de uso correcto la eficacia es del 99%. Véase Tabla 1

Con el uso correcto, menos de un embarazo cada 100 mujeres (2 cada 1.000) por año de uso.
Con el uso habitual, 6 embarazos cada 100 mujeres por año de uso.

Quién puede y quién no puede utilizar este método

El AMPD se ha asociado a una leve pérdida de la densidad mineral ósea, que se recupera al discontinuar el método. Considerar otros métodos en los siguientes casos:
- En menores de 18 años, que todavía no han completado el pico de masa ósea.
- En mujeres mayores de 50 años y/o que presentan otros factores de riesgo para osteoporosis.

Los criterios de elegibilidad de éste método pueden consultarse en el disco interactivo

Ventajas
- Puede ser utilizado por personas usuarias que están amamantando y por quienes no pueden usar métodos con estrógenos.
- Disminución del sangrado menstrual.
- Protección de la hiperplasia endometrial.

Desventajas
- No protege contra ITS.
-Con frecuencia hay una demora (de unos meses) en el restablecimiento de la fertilidad.

Efectos Secundarios
Cambios en el patrón de sangrado menstrual, aumento de peso, cefalea, mareos, distensión abdominal, cambios de humor y disminución de la densidad ósea.

7. Implante Subdérmico



El implante subdérmico, conocido como "chip", es un pequeño dispositivo cilíndrico que se coloca debajo de la piel (subdérmico), en la cara interna del brazo. Es un método anticonceptivo hormonal de sólo progestágeno y es un método de larga duración. En Argentina contamos con un sólo tipo de implante que consiste en una sóla varilla de 4 cm x 2 mm que contiene 68 mg Etonorgestrel y dura 3 años (Implanon®).

Mecanismo de acción
Tiene como principal mecanismo de acción la anovulación, además del espesamiento del moco cervical que impide el ascenso de los espermatozoides.

Administración del método e inicio del efecto anticonceptivo

Como otros métodos hormonales, son requisitos previos para utilizar el implante subdérmico la apertura de la historia clínica, realizar consejería y toma de la presión arterial.

Éste método requiere ser colocado por un/a profesional entrenado/a. Se coloca mediante una pequeña incisión en la parte superior e interna del brazo (preferentemente el no dominante), con anestesia local.

No se requiere que la usuaria firme la historia clínica ni un consentimiento informado. Las personas mayores de 13 años pueden acceder de forma autónoma, como cualquier otro MAC reversible, ya que no implica un riesgo grave para su salud.

Puede colocarse el implante en cualquier momento del ciclo si existe una razonable certeza de que no hay embarazo. Si se coloca dentro de los primeros 5 días del ciclo, no se necesita de un método de respaldo. En cambio, si se coloca fuera de los primeros 5 días del ciclo, utilizar preservativo por una semana.

No se requiere realizar profilaxis antibiótica para la colocación del implante.

¿Cuándo puede extraerse el implante subdérmico?

La extracción suele ser un procedimiento sencillo. Puede hacerse al final de la vida útil del implante o a pedido de la persona usuaria.

Eficacia

Su efectividad es muy alta ya que no depende de la persona usuaria. Con el uso del implante se producen menos de un embarazo cada 100 personas (5 cada 10.000 en un año).

Quién puede y quién no puede utilizar este método

La mayoría de las personas con capacidad de gestar pueden utilizar el implante de manera segura y eficaz.

El implante tiene las mismas recomendaciones de la OMS que para los AOPS (minipíldora y desogestrel). Sólo se agrega en la Categoría 3 los casos en que la persona presente sangrado vaginal de etiología desconocida. Consultar los criterios de elegibilidad de este método utilizando el disco interactivo

Ventajas

- Método de larga duración (LARC).
- Una vez que se retira, se recupera la fertilidad de forma inmediata, es reversible.
- Pueden ser usados durante la lactancia y en personas en quienes están contraindicados los estrógenos.

Desventajas

- Debe ser colocado por un profesional entrenado.
- No protege frente a ITS.

Efectos secundarios

Al igual que otros anticonceptivos hormonales, es común que produzcan alteraciones en el patrón de sangrado (ausencia, disminución, sangrados más frecuentes o

continuos) y cambios en la intensidad del sangrado (disminución o aumento) sobre todo en el 1er año de uso. Otros efectos son, cambios en el peso, náuseas, cefaleas, mastalgia, entre otros.

8. Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

Este método anticonceptivo se conoce también como pastilla anticonceptiva de "emergencia" o "pastilla del día después" (término usado erróneamente, ya que la AHE debe tomarse lo antes posible). La AHE ofrece a las personas la oportunidad de evitar el embarazo luego de una relación sexual no protegida o ante el uso incorrecto o falla de otro método anticonceptivo, de allí su nombre "anticoncepción de emergencia".



La anticoncepción hormonal de emergencia, existe en dos posibles presentaciones:

• Levonorgestrel (LNG) de 1,5 mg por un comprimido.

• Levonorgestrel (LNG) de 0,75 mg por dos comprimidos.

Mecanismo de acción

La AHE es un método hormonal de progestágeno cuyo componente activo es el levonorgestrel. Impide la fecundación a través de dos mecanismos: la anovulación (principalmente), ya que la dosis utilizada bloquea o retrasa la ovulación al inhibir el pico de LH (generalmente no sucede lo mismo con la toma de la minipíldora, levonorgestrel de 0,03 mg). El otro mecanismo, es el espesamiento del moco cervical. Es importante mencionar que en el caso que se tome el día de la ovulación o después de la misma, no evita el embarazo, es decir, no provoca un aborto ni afecta la implantación o viabilidad del embrión.

Administración del método

La anticoncepción hormonal de emergencia se puede administrar de la siguiente manera:

- Levonorgestrel de 1,5 mg en una única toma (es la más recomendable ya que disminuye el riesgo de olvido).
- Levonorgestrel de 0,75 mg, dos comprimidos juntos (en una única toma) o un comprimido cada 12 hs (en dos tomas).
- En el caso de no disponer de éstas presentaciones, puede usarse la Minipíldora (Levonorgestrel de 0,03 mg). Deben tomarse 25 comprimidos cada 12 horas (en dos tomas).

Eficacia anticonceptiva

La eficacia depende del momento del ciclo en que se utilice y del tiempo transcurrido desde la relación sexual no protegida. Si se toma dentro de las primeras 12 horas, la eficacia de la AHE es del 95 % y ésta disminuye progresivamente con los días. Cuando ya han pasado entre 49 y 72 horas de la relación sexual, la efectividad es del 58 %. Puede utilizarse hasta 5 días posteriores a la relación sexual, aclarando la reducción de su eficacia.

Ventajas

- No tiene contraindicaciones.
- Puede ser utilizada cuantas veces sea necesario, no tiene tope, aunque ante reiterados usos se recomienda la consejería.
- No influye en la fertilidad, ya que sólo protege o disminuye la posibilidad de embarazo para la relación sexual cercana a la toma.

Desventajas

- No protege frente a ITS.

Efectos secundarios

La mayoría de las personas experimentan nula o escasa alteración del ciclo menstrual. En el caso de retrasarse la menstruación más de 5 días, sospechar la posibilidad de un embarazo. Otros efectos secundarios, los cuales suelen ser bien tolerados son, náuseas, vómitos, dolor abdominal, aumento de la sensibilidad mamaria, cefalea y mareos.

9. Métodos quirúrgicos

9.1 Ligadura Tubaria

La ligadura tubaria (LT) es un método anticonceptivo permanente para personas con capacidad de gestar, que consiste en la oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la unión del óvulo con el espermatozoide.

Mecanismo de acción e inicio del efecto anticonceptivo

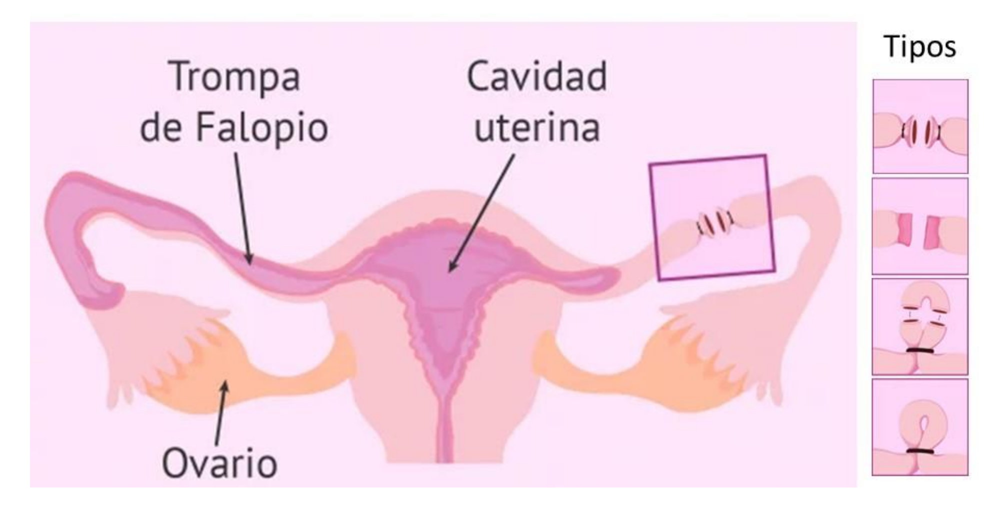
La oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas uterinas evita que los óvulos liberados por los ovarios puedan desplazarse a través de las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides.

La persona usuaria debe realizar una entrevista en el centro en donde se le efectuará la intervención, para la evaluación prequirúrgica y la confección de la historia clínica, y en la que se le brinde información más concreta sobre la intervención. Una vez programada la LT, debe indicarse a la usuaria que utilice un método anticonceptivo hasta el momento de la cirugía y continúe utilizándolo hasta la siguiente menstruación.

La cirugía es sencilla y la realiza un/a profesional calificado/a, en un quirófano y con anestesia total o peridural. La intervención puede realizarse en cualquier momento que sea razonablemente seguro que la persona no esté embarazada.
Si el postoperatorio evoluciona adecuadamente, en general la internación no supera las 24 a 48 horas. Si se realiza por laparoscopía incluso puede darse el alta el mismo día.

Eficacia anticonceptiva

La LT es un método altamente efectivo, alcanza el 99,5% de efectividad. Véase Tabla 1



Quién puede y quién no puede usar el método

Según la Organización Mundial de la Salud, no existen contraindicaciones y la misma no tiene efectos adversos a largo plazo. La OMS establece categorías: A (aceptar), B (cuidado), R (retrasar) y E (consideraciones especiales) que determina, la realización del procedimiento, la realización con ciertos cuidados especiales y diferir el procedimiento, pero en ningún caso negarlo.

Ventajas

- No interfiere en la producción de hormonas.
- No altera las relaciones sexuales ni su goce.
- No provoca sangrado más abundante, ni irregular, ni dolor menstrual.
- No se saca el útero.
- No provoca alteraciones del peso o del apetito.

Desventajas

- No protege de las ITS.
- Los índices de complicaciones son muy bajos, son los riesgos propios de cualquier intervención quirúrgica, por ejemplo, infección o absceso de la herida.
- Es un método permanente. La cirugía para revertir la LT es difícil, costosa, no siempre es efectiva y no está disponible en el sistema público de salud. La Ley Nacional 26.130 no garantiza esta práctica. Para lograr un embarazo luego de una LT, también pueden practicarse técnicas de fertilización asistida.

9.2 Vasectomía

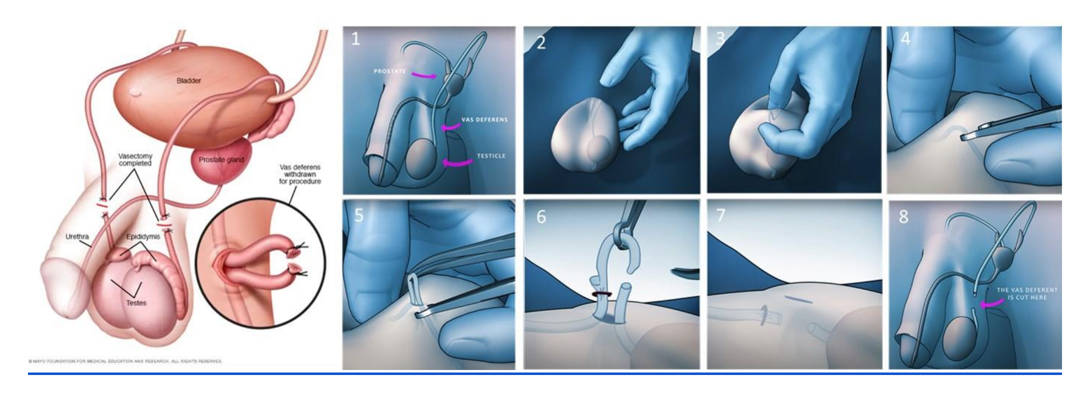
La vasectomía es un método anticonceptivo quirúrgico permanente, seguro y sencillo, que consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de los espermatozoides provenientes del testículo.

Mecanismo de acción e inicio del efecto anticonceptivo

A partir de la ligadura de los conductos deferentes, se impide el pasaje de los espermatozoides al líquido seminal.

Eficacia anticonceptiva

La eficacia es mayor al 99,5% si se respeta el cuidado anticonceptivo en los tres meses posteriores a la cirugía. Véase Tabla 1



Quién puede y quién no puede usar el método

Aplica los mismos criterios que para la ligadura tubaria.

Ventajas

- No afecta ni daña los testículos.
- No disminuye el deseo sexual y no altera las relaciones sexuales ni su goce.
- La erección tiene la misma firmeza, duración y se eyacula la misma cantidad de líquido que antes de la intervención.
- Tiene menos efectos colaterales y complicaciones que muchos métodos utilizados por las mujeres.
- No requiere anestesia general como la LT y la cirugía es ambulatoria (no requiere internación).

Desventajas

- La vasectomía demora aproximadamente tres meses en actuar, por lo tanto si se mantienen relaciones sexuales deberá utilizar otro método anticonceptivo.
- No protege de las ITS.
- Las complicaciones son poco frecuentes (1% a 2%), mayoritariamente hematomas o infecciones de la herida.
- Es un método permanente. La cirugía para revertir la vasectomía es difícil, costosa, no siempre es efectiva y no está disponible en el sistema público de salud. La Ley Nacional 26.130 no garantiza esta práctica.





Bibliografía Consultada

- Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Ministerio de Salud. Presidencia de La Nación. Buenos Aires. 2019. Capítulos 1 al 13 inclusive.
- Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud. Eugenia Trumper; 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2007.
- Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de Buenos Aires en el marco de la Ley Nacional N° 27.610. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en: https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/guiaimplementacionive.pdf
- https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile (actualización 2021)







Tabla 4. Características de los MAC detallados en esta guía

Característica	Método anticonceptivo								
Tipo	Barrera	Mecánicos		Hormonales					Irreversibles
	Preservativo	DIU	SIU	ACO	ACI y AMPD	AOPS	AHE	Implante subdérmico	Vasectomía y Ligadura Tubaria
Mecanismo de acción	Evitan la unión del espermatozoide con el óvulo	Reacción inflamatoria local	Alteración del moco cervical y del endometrio	Anovulación	Anovulación	Anovulatorios No Anovulatorios	Anovulación	Anovulación y alteración del endometrio	Evitan la unión del espermatozoide con el óvulo
Prácticas previas antes de comenzar con MAC	Consejería	Consejería y Ex. ginecológico	Consejería, Ex. ginecológico y toma de presión	Consejería y control de la presión		Consejería y control de la presión	No son necesarias, facilitar el método de inmediato	Consejería y control de la presión	Consejería y firma del consentimiento informado
¿Cómo se utiliza?	Se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual.	Dispositivo que se coloca dentro del útero		Pastilla que se toma VO	Inyección intramuscular	Pastilla que se toma VO	Pastilla que se toma VO	Dispositivo que se coloca debajo de la piel en el brazo	
Tiempo para que sea efectivo	Inmediatamente	Inmediatamente luego de colocado. Se recomienda método de respaldo hasta próximo control	7 días de colocado. Se recomienda método de respaldo hasta próximo control	7 días de correcta toma, utilizar preservativo una semana si no se comienza el 1er día del ciclo	7 días de aplicada, utilizar preservativo una semana si no se comienza el 1er día del ciclo	Desogestrel: 7 días de adecuada toma Levonorgestrel: 2 días de adecuada toma. En caso de no comenzar el 1er día del ciclo, usar 7 días preservativo	Sirve para la situación actual	7 días de colocado, utilizar preservativo una semana si no se coloca el 1er día del ciclo	Se recomienda un método de respaldo durante los tres meses posteriores a la cirugía (vasectomía) o hasta la próxima menstruación (LT)
Eficacia	Alta. Depende del uso.	Muy alta. No depende de la usuaria		Es muy alta, depende del uso.	Alta. Depende menos de la usuaria	Es muy alta, depende del uso	Es más efectiva cuanto antes se tome. 95% de eficacia en las 12 hs post-evento	Muy alta. No depende de la usuaria	Altamente efectivo.
Margen de seguridad	(No corresponde)	(No corresponde)	(No corresponde)	24hs	ACI: Preferentemente ±3 días, aunque puede aplicarse ±7 días AMPD: Puede darse hasta ±14 días	Desogestrel. 12 hs. Levonorgestrel: 3 hs.	Puede tomarse hasta el 5to día, aunque su eficacia es menor	(No corresponde)	(No corresponde)
Recuperación de la fertilidad	(No corresponde)	Inmediata al retirar el dispositivo	Inmediata al retirar el dispositivo	Inmediata al suspender la toma	ACI: Inmediata AMPD: Puede haber una demora	Inmediata al suspender la toma	Inmediata	Inmediata al retirar el implante	La cirugía para revertir la LT o la vasectomía, es difícil, costosa y no está contemplada por la Ley.
Protección contra ITS	SI	No	No	No	No	No	No	No	No
Uso durante lactancia	Se puede usar sin problema	Se puede usar. Colocación post parto: < a 48 hs o a partir de las 4 semanas.	Se puede usar. Colocación post parto: < a 48 hs o a partir de 4 semanas.	No se recomienda	ACI:No recomendado AMPD: No es de 1ra elección antes de las 6 semanas post parto	Se pueden usar sin problemas	Se puede usar sin problemas	Se puede usar sin problemas	(No corresponde)